

26

Tumores Malignos do Intestino Delgado

ANTONIO ZILLOTTO JÚNIOR^{1,4}, JOSÉ ANTONIO MANSUR MENDES¹, JOHANN EUGEN KUNZLE², OVÍDIO DELPHINI JÚNIOR³

Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto, São Paulo

Resumo

Os tumores malignos primários do intestino delgado são raros e freqüentemente diagnosticados em estádios avançados. Num período de 27 anos (1960-1987) foram atendidos no Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto, 17 pacientes com neoplasia maligna de delgado.

A maior parte das lesões se assestavam no íleo, com freqüência decrescente a montante. Havia tumores sincrônicos em 35,29% dos casos. Os sinais e sintomas clínicos mais freqüentes foram: dor abdominal (94,12%), náuseas e vômitos (52,94%), perda de peso (52,94%) e anorexia (35,29%). Por ocasião do primeiro atendimento, 3 pacientes tinham peritonite por perfuração do tumor, uma delas subsequente à radioterapia. Dos exames complementares, o de maior valor foi o estudo radiológico contrastado do delgado.

O tratamento consistiu na ressecção do segmento comprometido e do mesentério, incluindo outros órgãos eventualmente envolvidos. Em um caso, apenas a biópsia pôde ser realizada. O tipo histológico mais freqüente foi o linfoma, seguido pelo leiomiossarcoma e adenocarcinoma. Tivemos a lamentar 4 óbitos operatórios (23,53%), 3 por choque séptico (2 operados na vigência de peritonite e 1 por deiscência de anastomose) e 1 por acidente anestésico. Foi empregada a quimio e/ou radioterapia adjuvante em todos os pacientes que sobreviveram o pós-operatório, à exceção de um paciente que se negou a recebê-los. Todos os 3 pacientes com leiomiossarcoma apresentaram recidiva e foram reoperados.

Quatro pacientes estavam vivos por ocasião do último seguimento, com sobrevida entre 2 e 15 anos. A sobrevida de 5 anos foi de 25% para os linfomas (38% quando excluídos os óbitos operatórios) e de 100% para os adenocarcinomas, embora se trate de apenas 2 casos.

Desde que os sinais e sintomas nos tumores de delgado são vagos e mal definidos, é necessário que esse diagnóstico seja cogitado para que o diagnóstico mais precoce seja estabelecido e conseqüentemente se tenha um melhor prognóstico.

Unitermos: tumores do delgado; câncer do intestino delgado

Introdução

O intestino delgado ocupa 75% da extensão do tubo digestivo e mais de 90% de sua superfície mucosa. Entretanto, as neoplasias que o acometem o fazem com muito pouca freqüência, em comparação com os demais segmentos^{7,14}. Albergam de 1,5 a 5% de todos os tumores malignos do trato gastrintestinal^{5, 7, 14, 19}. Além de raros, esses tumores apresentam sintomas quase sempre vagos, contribuindo desta forma para um diagnóstico tardio, estabelecido não raramente na vigência de quadro obstrutivo, pela palpação de massa abdominal ou em função de queixas não específicas como febre, anemia, perda de peso, dor abdominal difusa, diarréia, fenômenos hemorrágicos ou dispépticos^{14, 19, 20, 32}.

Além de a clínica ser pouco exuberante, a semiologia armada está alicerçada, até hoje, no estudo radio-

lógico contrastado¹⁹. Outros exames vieram fazer parte do arsenal semiótico como a endoscopia digestiva alta, a angiografia seletiva mesentérica, a cintilografia, a ultra-sonografia, a tomografia axial computadorizada, mas tais procedimentos, à exceção da endoscopia para os tumores do duodeno, ou não se mostraram eficazes ou são pouco aplicáveis à clínica corrente¹⁴, sendo reservados para casos excepcionais.

O tipo histológico mais freqüente, na maior parte das casuísticas publicadas, parece ser o adenocarcinoma¹⁹, mas há relatos de maior prevalência de linfomas¹³, principalmente na região do Mediterrâneo^{14, 23}. Além da possível diferença na distribuição regional dos tumores de delgado, essas divergências podem estar relacionadas à inclusão dos adenocarcinomas periampulares¹⁹.

No presente trabalho, nos propusemos a apresentar nossa experiência com neoplasia maligna de intes-

tino delgado, discutindo aspectos relacionados ao seu diagnóstico, tratamento e sobrevida.

Casuística e Métodos

Num período de 27 anos, entre 1960 e 1987, foram atendidos em nosso serviço 17 pacientes com neoplasia maligna de intestino delgado, excluídos os tumores metastáticos ou que envolviam a região da papila de Vater.

Eram 10 mulheres (58,82%) e 7 homens (41,18%), todos brancos, com idades entre 4 e 70 anos (média de 36 anos e 6 meses).

Foram analisados os sintomas clínicos, inclusive o tempo decorrido desde seu início até o diagnóstico, tipo e localização das neoplasias, tratamento procedido, evolução e sobrevida dos pacientes.

Quanto à classificação das neoplasias, em se tratando de linfomas, fornecemos os dados do exame histopatológico, que seguiram os critérios vigentes na ocasião do exame, procurando enquadrá-los, desde que existissem dados para tal, nas proposições atuais.

Consideramos como óbito pós-operatório (P. O.) aqueles que ocorreram até os 30 dias, ou com qualquer tempo desde que o paciente permanecesse internado. O acompanhamento tardio abrangeu todos os 17 pacientes (100%), os falecidos seguidos até o óbito e os vivos até outubro de 1987, época do levantamento da presente casuística.

Resultados

Analisando o quadro clínico, notamos que a dor abdominal foi o sintoma predominante, referida por 16 doentes (94,12%), seguida por náuseas e vômitos em 9 (52,94%), anorexia em 6 (35,29%), diarreia em 5 (29,41%), constipação intestinal em 4 (23,52%). Quatro apresentavam febre (23,52%) e a perda de peso corporal foi observada em 9 (52,94%). A hemorragia digestiva fazia parte do quadro em 3 pacientes (17,65%), representada por melena. Em 6 oportunidades (35,29%), foi palpada massa abdominal durante o exame físico e 3 doentes (17,64%) foram atendidos na vigência de obstrução intestinal. Quatro lesões (23,53%) estavam perfuradas, uma bloqueada por alça e as outras três em peritônio livre com peritonite (Tabela 1).

O tempo decorrido desde o início dos sintomas até o nosso atendimento variou desde 3 dias até 5 anos, com média de 1 ano e mediana de 4 meses. Enquanto 7 pacientes (41,17%) apresentaram quadro mais agudo, até 40 dias, 4 (23,52%) tinham história longa, de mais de 1 ano.

Histologicamente eram 2 adenocarcinomas (11,76%), um deles com polipose de estômago, duodeno e jejuno, com degeneração carcinomatosa, 3 leiomiiossarcomas (17,65%) e 12 linfomas (70,59%), divididos segundo os critérios possíveis em: linfossarcoma linfoblásti-

Tabela 1 — Principais dados do exame clínico encontrados nos 17 pacientes com neoplasia maligna de intestino delgado.

Dados clínicos	Nº pacientes	%
— dor abdominal	16	94,12
— náuseas e vômitos	9	52,94
— perda de peso corporal	9	52,94
— anorexia	6	35,29
— massa abdominal palpável	6	35,29
— diarreia	5	29,41
— constipação intestinal	4	23,52
— febre	4	23,52
— hemorragia digestiva	3	17,65
— obstrução intestinal	3	17,65
— peritonite	3	17,65

Tabela 2 — Distribuição da localização dos tumores no tubo digestivo.

Localização dos tumores	Nº	%
íleo*	7	58,33
jejuno	3	17,65
jejuno-íleo	3	17,65
duodeno + cólon*	1	5,88
duodeno + estômago*	1	5,88
duodeno + jejuno + estômago*	1	5,88
duodeno + jejuno + íleo + estômago*	1	5,88

* sincrônicos

co (3), linfoma linfocítico pouco diferenciado difuso (4), linfoma linfocítico bem diferenciado difuso (2), linfoma histiocítico difuso (2) e linfoma pouco diferenciado difuso, tipo linfoma imunoblástico plasmocitário (1).

Quanto à localização, as neoplasias se assestavam em 7 casos (58,33%) no íleo (5 linfomas, 1 leiomiiossarcoma e 1 adenocarcinoma), em 3 (17,65%) no jejuno (2 linfomas e 1 leiomiiossarcoma), em 3 (17,65%) na transição jejuno-ileal (2 linfomas e 1 leiomiiossarcoma), em 1 (5,88%) no duodeno e cólon (linfoma), em 1 (5,88%) no estômago e duodeno (adenocarcinoma), em 1 (5,88%) no estômago, duodeno e jejuno (linfoma) e em 1 (5,88%) havia lesões desde o estômago até o íleo terminal (linfoma). Foram encontrados tumores sincrônicos em 6 pacientes (35,29%): além dos quatro com lesões também no estômago ou cólon, em um doente havia dois tumores isolados no íleo e em outro, três, todos no íleo (Tabela 2).

O tratamento instituído envolveu cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia seguiu sistematização pautada na linhagem celular dos tumores e de acordo com as drogas e esquemas vigentes na época do tratamento. No início da experiência, empregamos a metil-oxiamina (ossiclorin) em uma oportunidade e a onco-tiotepa em outra, esta última na dose total de 100mg (20mg/dia) em cada série. A seguir, passamos a padronizar o tratamento usando o esquema com a si-

gla CHOP, com enduxan (ciclofosfamida) na dose de 800mg/m² de superfície corporal, adriamicina (farmorubicina) na dose de 50mg/m², oncovin (vincristina) na dose total de 2mg, todos por um dia, e ainda, a prednisona (120mg/dia) por 5 dias. Em um adenocarcinoma com comprometimento ganglionar e em dois leiomiiossarcomas, usamos o esquema FEM, com 5-fluorouracil (550mg/m²) e methotrexate (5,5mg/m²) por 5 dias, e enduxan (80mg/m²) por um dia. A quimio e radioterapia estão apresentadas na Tabela 3, assim como as respectivas sobrevidas dos pacientes. Só não receberam algum tipo de tratamento adjuvante os 4 pacientes que não sobreviveram tempo suficiente para tal e um que se negou a recebê-lo.

O tratamento cirúrgico foi norteado tanto pela localização como pela extensão da lesão (Tabela 4). Assim, em 4 pacientes procedemos a ilectomia parcial (2 por linfoma, 1 por leiomiiossarcoma e 1 por adenocarcinoma), em 3 a jejunectomia parcial (2 por linfoma e 1 por

leiomiiossarcoma) e em 2 a jejuno-ilectomia (1 por linfoma e 1 por leiomiiossarcoma), todos com anastomose imediata término-terminal. Em um doente, operado por linfoma, com perfuração intestinal e peritonite generalizada, não foi realizada anastomose após a ressecção, procedendo-se uma dupla ileostomia. Em um linfoma de íleo invadindo sigmóide, útero e anexos, foi associada à ilectomia, uma sigmoidectomia e uma pan-histerectomia, com instituição de colostomia. Nas lesões que envolviam também o estômago, uma por duplo linfoma e uma por adenocarcinoma, foi realizada gastrectomia total, no primeiro caso aliada à ressecção parcial de jejuno e no outro apenas à excisão local da lesão jejunal. Dois linfomas envolviam o íleo terminal, procedendo-se neles uma ileocelectomia direita. Em um caso havia lesão linfomatosa duodenal e em cólon, realizando-se uma gastroduodenopancreatectomia cefálica e colectomia direita. No último caso, o linfoma ocupava desde o estômago até o íleo, sendo inviável

Tabela 3 — Distribuição da sobrevida dos 17 pacientes com neoplasia maligna de delgado, em relação ao tratamento recebido.

Sc n°	Tratamento adjuvante		Sobrevida
Linfomas			
22.870	Sem tratamento		Óbito P.O.
30.040	Sem tratamento		Óbito P.O.
30.280	Sem tratamento		Óbito P.O.
38.321	Sem tratamento		Óbito P.O.
14.635	6.400 rads		1 ano 3 meses
842	Ossiclorin		2 anos 8 meses
38.294	6.000 rads + CHOP (9 séries)		1 ano 1 mês
37.180	3.300 rads + CHOP (6 séries)		2 anos
37.793	2.800 rads + CHOP (6 séries)	Vivo	2 anos 4 meses
25.862	CHOP (11 séries)	Vivo	8 anos 6 meses
20.548	4.000 rads + CHOP (3 séries)	Vivo	11 anos 5 meses
13.225	6.400 rads + tio-tepa (9 séries)	Vivo	15 anos 1 mês
Adenocarcinomas			
31.154	FEM (3 séries)		5 anos 2 meses
13.199	Tio-tepa (8 séries)		6 anos 7 meses
Leiomiiossarcomas			
36.151	Sem tratamento		3 anos 6 meses
36.134	FEM (3 séries)		1 ano 5 meses
17.791	12.000 rads + tio-tepa (2 séries) + FEM (2 séries)		2 anos

Tabela 4 — Distribuição do tratamento cirúrgico realizado nos pacientes com neoplasia maligna do intestino delgado.

Tratamento	N° de pacientes	%
ilectomia (anastomose TT)	4	23,53
jejunectomia (anastomose TT)	3	17,65
jejuno-ilectomia (anastomose TT)	2	11,76
ilectomia (ileostomia dupla)	1	5,88
ilectomia + sigmoidectomia + pan-histerectomia (anastomose TT e colostomia)	1	5,88
gastrectomia total + jejunectomia (anastomose T-L e TT)	2	11,76
íleo-colectomia (anastomose T-L)	2	11,76
Whipple + colectomia (BII, pâncreas TT, biliar T-L e cólon TT)	1	5,88
biópsia	1	5,88

TT = término-terminal

T-L = término-lateral

a ressecção e sendo procedida apenas a biópsia para comprovação histopatológica.

Ocorreram quatro óbitos no pós-operatório imediato (23,53%). Um paciente com linfoma de íleo havia sido submetido a quimio e radioterapia, após a qual apresentou peritonite generalizada, sendo submetido a ilectomia e evoluindo com choque toxêmico, falência de múltiplos órgãos e falecendo no 13.º dia. Um segundo paciente, também com perfuração do linfoma, atendido após 48 horas de instalada a peritonite, foi submetido a ilectomia e dupla ileostomia, falecendo no mesmo dia da operação. O terceiro doente, com linfoma de duodeno e de cólon, foi submetido ao procedimento de Whipple e colectomia direita, evoluiu com deiscência de anastomose pancreato-jejunal e fístula pancreática, falecendo no 32.º dia. A última paciente desta série, com linfoma tipo Burkitt, faleceu no intra-operatório por acidente anestésico.

Na evolução pós-operatória imediata, um paciente que havia sido submetido a ilectomia e colectomia por linfoma, apresentou abscessos abdominais, deiscência de sutura da parede e evisceração. Durante sua reoperação identificou-se deiscência de sutura da anastomose do cólon, a qual evoluiu para fístula, fechando-se espontaneamente. Na evolução tardia observamos que os três pacientes com leiomiossarcoma apresentaram recidiva, com 2 anos, 2 anos e 2 meses e com 11 meses após a cirurgia, todos submetidos a reoperação e nova ressecção. O primeiro faleceu no pós-operatório imediato desta intervenção. Os demais sobreviveram, respectivamente, mais 1 ano e 4 meses e mais 6 meses.

Comentários

À primeira vista parece paradoxal que o intestino delgado, tendo uma extensão tão mais longa quando comparada aos outros segmentos do tubo digestivo, tenha uma incidência relativamente pequena de neoplasias malignas^{4, 7, 14}. Mas têm-se formulado explicações para esse fato. Dentre elas, incluem-se o rápido tempo de passagem do bolo alimentar pelo intestino delgado, que reduz o tempo de exposição da mucosa a carcinógenos em potencial¹⁷, a natureza fluida e a relativamente baixa concentração bacteriana do conteúdo do delgado²⁴, a rápida proliferação das células mucosas, com uma inibição competitiva dos clones malignos, e a alta concentração intraluminal de benzopireno-hidroxilase que detoxifica certos carcinógenos potenciais^{29, 30}. Ultimamente tem recebido especial destaque o papel das imunoglobulinas A no delgado, que têm potencial neutralizante sobre os agentes carcinógenos^{9, 26}. A falha nesse mecanismo de imunovigilância implicaria não só no aparecimento de tumores no delgado mas explicaria a incidência relativamente alta de tumores sincrônicos que oscila entre 14 e 25%^{15, 31}.

Tem sido ressaltado de modo mais ou menos uniforme que os sintomas promovidos pelos tumores de delgado são vagos e não específicos, o que contribui para um diagnóstico tardio^{14, 19, 20, 32}. Esse aspecto merece ser comentado, pois, analisando nossa casuística quanto aos sintomas e tempo de história, verificamos que 7 pacientes (41,17%) apresentaram quadro mais agudo, com até 40 dias desde o início dos sintomas e justamente nesses indivíduos as complicações ocorreram com maior frequência: dois casos com perfuração não bloqueada do tumor e peritonite, um com hemorragia e um com obstrução. Esses casos ilustram sem dúvida o curso insidioso de algumas neoplasias que, quando diagnosticadas, já se encontram em fase avançada. Por outro lado, um contingente grande de doentes teve sintomas que se arrastaram por tempo prolongado, sem que o diagnóstico tivesse sido estabelecido. Pode-se atribuir ao próprio doente parte da responsabilidade pelo atraso na detecção da neoplasia, por menosprezar seus sintomas e com muita frequência se automedicar, até que um quadro mais exuberante o leve à procura de socorro. Tais argumentos são baseados, na presente casuística, em quatro pacientes (23,52%) que apresentavam quadro principalmente de dor abdominal há mais de um ano. Mas outras vezes a falta recai sobre o médico quando é este quem não investiga adequadamente os sintomas que, por serem vagos e não específicos, merecem exatamente por isso maior atenção. Para ilustrar esse fato, dois pacientes foram submetidos a colecistectomia por colelitíase, sem que se atentasse para a possibilidade de existir outra afecção responsável pelas queixas, sem um inventário adequado da cavidade abdominal durante a laparotomia e, pela persistência dos sintomas no pós-operatório, agora uma melhor investigação demonstrou em ambos, tumor de delgado suboclusivo. Nos dados da história, vimos que alguns doentes procuraram insistentemente atendimento médico, sempre tratados sintomaticamente sem uma pesquisa voltada para o esclarecimento do problema. Tudo isso vem reforçar a necessidade de se valorizar sempre as queixas do paciente, de um exame clínico completo, e de se ter em mente o diagnóstico de tumor de delgado, para que ele possa ser feito.

Quanto à localização, a distribuição das neoplasias é semelhante no duodeno e no jejuno, sendo mais frequente no íleo, que alberga cerca da metade delas^{14, 19, 32}. Nossa casuística diferiu da literatura por termos encontrado percentual menor de tumores duodenais. Deve ser ressaltado, contudo, que excluímos os tumores periampulares por se tratar de tumores que, por vezes, dificilmente podem ser distinguidos das lesões originárias do sistema bílio-pancreático. Não apenas quanto à localização mas também quanto ao tipo histológico do tumor, observamos diferença. Enquanto o adenocarcinoma tem sido o mais frequentemente encontrado¹⁹, 70,59% das lesões de nossos pacientes

eram da linhagem dos linfomas. Estatísticas brasileiras contêm 42,5% de adenocarcinomas, 7,7% de leiomiiossarcomas e 33,8% de linfomas, onde são incluídos todos os tumores de duodeno⁸. Para a inclusão dos tumores da linhagem linfóide, por vezes é difícil decidir se são de origem primária ou secundária, se representam uma entidade isolada ou são partes de uma doença sistêmica²⁸. Para caracterizar as lesões aqui apresentadas como primárias, incluímos aquelas que seguiram os critérios de Dawson e col.¹⁰, quais sejam: a) inexistência de linfadenomegalia periférica; b) inexistência de linfadenomegalia intratorácica; c) hemograma normal e d) lesões abdominais restritas ao intestino e linfonodos regionais, sem envolvimento de baço ou fígado.

Interessante o fato de as neoplasias malignas do delgado estarem ligadas a uma elevada percentagem de tumores sincrônicos, tanto no próprio delgado, como nos outros segmentos do tubo digestivo. Essa incidência tem oscilado na literatura entre 14 e 25%^{3, 14, 15, 20, 31} e foi observada por nós em seis pacientes (35,29%), quatro com linfomas, um com leiomiiossarcoma e um com adenocarcinoma. Alguns autores^{15, 31} atribuem essa multiplicidade à falha na imunovigilância, diretamente relacionada à diminuição das imunoglobulinas A no tubo digestivo, que teriam papel fundamental na neutralização de substâncias potencialmente carcinogênicas. Não houve predominância, que pudesse ser julgada significativa, num ou noutro tipo histológico, aparecendo em 4 dentre os 12 linfomas (33,33%), em um dentre os três leiomiiossarcomas (33,33%) e em um dos dois adenocarcinomas (50%).

No tratamento cirúrgico, devem-se sempre procurar obedecer os princípios oncológicos, ressecando o segmento intestinal acometido, com margem de segurança, e os eventuais sítios de metástases. A disseminação metastática tem sido encontrada à cirurgia numa proporção elevada, entre 51 e 69%^{12, 14, 18}. Em nossos casos encontramos disseminação loco-regional, com invasão de outros órgãos em 6 linfomas (50%), nenhum dos adenocarcinomas e em 2 leiomiiossarcomas (66,66%). Havia gânglios comprometidos pela neoplasia em 4 linfomas (33,33%), um adenocarcinoma (50%) e em nenhum dos leiomiiossarcomas.

Nossa mortalidade operatória foi elevada (23,53%), embora possa ser justificada em 2 doentes pelas péssimas condições gerais, com importante alteração metabólica, aliadas a grave quadro de peritonite, num deles instalada há cerca de 48 horas e no outro seguindo-se à radioterapia. Num paciente com linfoma tipo Burkitt ocorreu parada cardíaca irreversível durante a cirurgia por algum acidente não estabelecido, possivelmente relacionado à anestesia, uma vez que nenhuma intercorrência cirúrgica pudesse justificá-lo. O último óbito pode ser atribuído diretamente à cirurgia, ocorrendo por peritonite e choque toxêmico em decorrência de deiscência de anastomose pancreato-jejunal. Fica

desses óbitos a importante evidência de que a radioterapia pode promover a necrose e perfuração do tumor, transformando-se em caso de extrema gravidade, pois além das alterações metabólicas próprias da doença, somadas àquelas promovidas pela irradiação, temos instalada peritonite em um paciente sem as mínimas condições de defesa.

Como tratamento adjuvante para os linfomas a quimioterapia e a radioterapia são medidas complementares consideradas hoje indispensáveis⁴, isolada ou associadamente, e nós as empregamos em todos aqueles doentes que sobreviveram tempo suficiente para isso. As doses de irradiação por beta-terapia convencional ou por acelerador linear foram estabelecidas segundo a localização da neoplasia e seu estágio, doses estas que variaram de 2.800 até 6.400 rads. A quimioterapia aplicada foi norteadada pelos critérios vigentes por ocasião do tratamento, notando-se que um paciente recebeu apenas ossiclorin que era o medicamento de que dispúnhamos. Ulteriormente passamos a empregar o esquema com ciclofosfamida, oncovin e prednisona. Nos leiomiiossarcomas e nos adenocarcinomas, a radioterapia não proporciona resultados satisfatórios^{1, 16}, embora a tenhamos empregado em um paciente com leiomiiossarcoma com finalidade antiálgica. Também a quimioterapia nesses tumores é motivo de discussão, não havendo consenso sobre seu uso. Dentro de nossa sistematização para a quimioterapia nos adenocarcinomas, usamos nos 2 casos apresentados o esquema tríplice com 5-fluorouracil, methotrexate e enduxan quando existiu comprometimento ganglionar, e a tio-tepa em sua ausência.

Tem sido relatado que os leiomiiossarcomas são neoplasias que raramente dão metástases em gânglios, e que são potencialmente curáveis por simples excisão local da lesão e do meso adjacente^{11, 14, 21, 22, 27, 32}. De fato, nenhum de nossos 3 casos apresentava comprometimento ganglionar. Contudo, todos eles recidivaram depois de um tempo variável entre 11 e 26 meses. A nova ressecção promoveu aumento da sobrevivência em 2 deles, mas um veio a falecer no pós-operatório imediato desta reintervenção. E a sobrevida desses pacientes variou de 1 ano e 5 meses até 3 anos e 6 meses, com média de 2 anos e 3 meses, não sendo portanto curativa nenhuma das vezes.

Pelas características diferentes dos três tipos de neoplasia que foram incluídas em nosso estudo, a sobrevida deve ser considerada separadamente. Nos linfomas, o prognóstico é melhor, encontrando-se sobrevida de 5 anos de 40% no global e que chega a 75% quando não há metástases ganglionares¹⁴. Dentre nossos 8 linfomas que sobreviveram o período pós-operatório, 4 faleceram entre 1 ano e 1 mês e 2 anos e 8 meses, fornecendo uma média de sobrevida de 1 ano e 9 meses. Quatro pacientes estão vivos e deles, 3 ultrapassaram os 5 anos. Nos adenocarcinomas tem sido mostrada sobrevida mais modesta, de 11% quan-

do se analisam todas as neoplasias do delgado¹⁴ e de 28% em se tratando apenas dos adenocarcinomas⁶. Em nossos casos, conquanto sejam apenas dois, ambos ultrapassaram os 5 anos.

Summary

Primary malignant tumours of the small intestine are uncommon and are often diagnosed at an advanced stage. Seventeen cases of malignant tumours of the small intestine were encountered over a 27-year period in the Serviço de Cirurgia from Ribeirão Preto.

The ileum was the most common location, with a decreasing frequency proximally. Synchronous tumours were found in 35.29% of the patients. Presenting signs and symptoms were vague and related mainly to abdominal pain (94.12%), nausea and vomiting (52.94%), weight loss (52.94%), and anorexia (35.29%). An abdominal tumour was evident in 35.29% of patients. Three patients presented with perforation of the tumour, one of them after radiotherapy. Barium contrast examination was the primary complementary diagnostic modality.

The treatment was wide resection of bowel and mesentery, whenever possible, for jejunal and ileal tumours, together with resection of other involved organs. In one case only biopsy could be performed. Lymphoma was the most common malignancy, followed by leiomyosarcoma and adenocarcinoma. The operative mortality was 23.53% (4 patients), 3 from sepsis (two operated on with peritonitis) and one from anesthetic problem. Adjuvant radiotherapy and/or chemotherapy was used in the patients who survived surgery except in one. All leiomyosarcoma recurred and the patients were operated on again with a new resection.

Four patients are alive from 2 to 15 years after surgery. The 5-year survival rate for the lymphomas is 25% (38% if the operative deaths are excluded), and for the adenocarcinoma is 100% (only 2 cases).

Whereas the symptoms are vague, the diagnostic of small bowel tumour must be cogitated if the prognosis is to be improved.

Uniterms: *intestinal tumours; cancer of the small bowel.*

Referências Bibliográficas

1. Akwari OE, Dozois RR, Weiland LH, Beahrs OH — Leiomyosarcoma of the Small and Large Bowel. *Cancer*, 1978; 42:1375-1384.
2. Anschutz JA, Torres RH, Longo CA, Sanguineri HEM, Pesca MA — Tumores del intestino delgado. *Prensa Méd. Argent.*, 1984; 71:449-451.
3. Arthaud JB, Guinee VF — Jejunal and ileal Adenocarcinoma. Epidemiological Considerations. *Am. J. Gastroenterol*, 1979; 72:638-646.
4. Awrich AE, Irish CE, Vetto RM, Fletcher WS — A Twenty-Five Year Experience with Primary Malignant Tumours of the Small Intestine. *Surg Gynecol Obstet*, 1980; 151:9-14.
5. Braasch JW, Denbo HE — Tumours of the Small Intestine. *Surg Clin North Am*, 1964; 44:791-809.
6. Bridge MF, Perzin KH — Primary Adenocarcinoma of the Jejunum and Ileum. A Clinicopathologic Study. *Cancer*, 1975; 36:1873-1887.
7. Brookes JS, Waterhouse JAH, Powell DJ — Malignant Lesions of the Small Intestine. A 10-Year Survey. *Br J Surg*, 1968; 55:405-410.
8. Brumini R, Torloni H, Henson DE, Glotlieb SLD, Souza JMP — Câncer no Brasil. Dados histológicos 1976-1980. *Ed DATAPREV*, Rio de Janeiro, 1982.
9. Calman KC — Why are Small Bowel Tumours Rare? An Experimental Model. *Gut*, 1974; 15:552-554.
10. Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC — Primary Malignant Lymphoid Tumours of the Intestinal Tract. *Br J Surg*, 1961; 49:80-83.
11. Deck KB, Silberman H — Leiomyosarcomas of the Small Intestine. *Cancer*, 1979; 44:323-325.
12. Ebert PA, Zuidema GD — Primary Tumours of the Small Intestine. *Arch Surg*, 1965; 91:452-456.
13. Freund H, Lavi A, Pfeffermann R, Durst A — Primary Neoplasms of the Small Bowel. *Am J Surg*, 1978; 135:757-759.
14. Giuliani A, Caporale A, Teneriello F, Alessi G, Serpieri S, Sammartino P — Primary Tumours of the Small Intestine. *Int Surg*, 1985; 70:331-334.
15. Goel IP, Didolkar MS, Elias EG — Primary Malignant Tumours of the Small Intestine. *Surg Gynecol Obstet*, 1976; 143:717-719.
16. Jigyasu D, Bedikian AY, Stroehlein JR — Chemotherapy for Primary Adenocarcinoma of the Small Bowel. *Cancer*, 1984; 53:23-25.
17. Lowenfels AB — Why are small bowel tumours so rare? *Lancet*, 1973; 1:24-26.
18. Miles RM, Crawford D, Duras S — The Small Bowel Tumor Problem. *Ann Surg*, 1979; 189:732-740.
19. Mittal VK, Bodzin JH — Primary Malignant Tumours of the Small Bowel. *Am J Surg*, 1980; 140:396-399.
20. Ouriel K, Adams JT — Adenocarcinoma of the Small Intestine. *Am J Surg*, 1984; 147:66-71.
21. Pagtalunan RJG, Mayo CW, Dockerty MB — Primary Malignant Tumours of the Small Intestine. *Am J Surg*, 1964; 108:13-18.
22. Ranchod M, Kempson RL — Smooth Muscle Tumours of the gastrointestinal Tract and Retroperitoneum. A Pathologic Analysis of 100 Cases. *Cancer*, 1977; 39:255-262.
23. Ramot B, Shahin N, Bubus JJ — Malabsorption Syndrome in Lymphoma of Small Intestine. A study of 13 Cases. *Isr J Med Sci*, 1965; 2:221-226.
24. River L, Silverstein J, Tope JW — Collective Review: Benign Neoplasms of the Small Intestine. A Comprehensive Review with Report of 20 New Cases. *Int Abstr Surg*, 1956; 102:1-38.
25. Sandoval MGD, Padilha FA, Chianale JB, Accatino LL, Duarte IG, Garcia C — Tumores del intestino delgado. *Rev Méd Chile*, 1984; 112:1220-1224.
26. Samson RR, Mc Clelland DBL, Shearman DJC — Studies on the Quantitation of Immunoglobulin in Human Intestinal Secretion. *Gut*, 1973; 14:616-626.
27. Starr GF — Pathologic Features of Smooth Muscle Tumours. *JAMA*, 1974; 229:1219-1220.
28. Todeschini LR, Zilio PV, Furtado APA, Todeschini LA — Linfoma linfo-histiocítico do intestino delgado. Relato de um caso. *Rev Imagem*, 1984; 6:89-92.
29. Wattenberg LW — Carcinogen-Detoxifying Mechanisms in the Gastrointestinal Tract. *Gastroenterology*, 1966; 51:932-937.
30. Wattenberg LW — Studies of Polycyclic Hydrocarbon hydroxylases of the Intestine Possibly Related to Cancer. *Cancer*, 1971; 28:99-102.
31. Williamson RCN, Welch CE, Malt RA — Adenocarcinoma and Lymphoma of the Small Intestine. Distribution and Etiologic Associations. *Ann Surg*, 1983; 197:172-178.
32. Wilson JM, Melvin DB, Gray GF, Thorbjarnarson B — Primary Malignancies of the Small Bowel. A Report of 96 Cases and Review of the Literature. *Ann Surg*, 1974; 180:175-179.